SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 212251329

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)
Nombre(s): GERONIMA | Primer Apellido: RAMOS | Segundo Apellido: MARTINEZ

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 30 Mes 09 Año 1955

3. SEXO Hombre ○1 Mujer (X)2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP RAMG550930MSPMRR09 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No (X)2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD Mexicana (X)1 Otra (X)2 → Especifique: Se ignora ○9

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos | Para menores de un día: Horas | Para menores de un mes: Días | Para menores de un año: Meses | Para personas de un año o más: Años cumplidos 66 | Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:
8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre (X)4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)
10.1 Tipo de vialidad: CALLE | 10.2 Nombre de la vialidad: CAMINO REAL
10.3 Núm. Exterior: 90 | 10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: LOCALIDAD | 10.6 Nombre del asentamiento humano: POTRERILLOS
10.7 Código Postal: 7990 | 10.8 Localidad: POTRERILLOS | 10.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria (X)3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa (X)1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL AMA DE CASA Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ○1 No (X)2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seg. Popular / INSABI (X)7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS BIENESTAR ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud (X)1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS BIENESTAR ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL BASICO COMUNITARIO DE XILITLA
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSSA017144

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CARRETERA | 15.2 Nombre de la vialidad: FEDERAL 120 KM 278
15.3 Núm. Exterior: | 15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: LOCALIDAD | 15.6 Nombre del asentamiento humano: SAN ANTONIO XALCUAYO II
15.7 Código Postal: 7990 | 15.8 Localidad: SAN ANTONIO XALCUAYO II | 15.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA | 15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 07 Mes 02 Año 2021 Horas 08 Minutos 30

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (X)1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No (X)2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) NEUMONIA ATIPICA Debido a (o como consecuencia de)	8 dias	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) SOSPECHOSO COVID Debido a (o como consecuencia de)	1 dia	
	c) Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	DIABETES MELLITUS 2	20 años	
	HIPERTENSION ARTERIAL	5 años	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad | 22.7.2 Nombre de la vialidad
22.7.3 Núm. Exterior | 22.7.4 Núm. Interior
22.7.5 Tipo de asentamiento humano | 22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal | 22.7.8 Localidad | 22.7.9 Municipio o Alcaldía | 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE
Nombre(s): MAYRA ISABEL | Primer Apellido: MARTINEZ | Segundo Apellido: RAMOS

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJA

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* (X)3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8
*Especifique: DIRECTIVO UNIDAD

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3101268
Número de la cédula profesional

27. NOMBRE
Nombre(s): LUIS DANIEL | Primer Apellido: ZEPEDA | Segundo Apellido: GARCIA

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CARRETERA | 29.2 Nombre de la vialidad: FEDERAL 120 | 29.3 Núm. Exterior: KM278 | 29.4 Núm. Interior: | 29.5 Tipo de asentamiento humano: LOCALIDAD
29.6 Nombre del asentamiento humano: SAN ANTONIO XALCUAYO II | 29.7 Código Postal: 7990 | 29.8 Localidad: SAN ANTONIO XALCUAYO II
29.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA | 29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI | 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 07 Mes 02 Año 2021

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. 03, Libro Núm. 05
31.1 Acta Núm. 00035

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: AHUACATLAN
32.2 Municipio o Alcaldía: XILITLA | 32.3 Entidad federativa: S.L.P | 32.4 Día Mes Año: 13 02 2021

212251329

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD